

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 226

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1898, à 1 heure

Par LÉON GRAVIER

Né à Paris, le 26 janvier 1872

Ancien interne de l'Infirmierie spéciale de Saint-Lazare.

L'INCONTINENCE D'URINE

LIÉE AU PROLAPSUS GÉNITAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND,

LEJARS,

BROCA,

agregés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1898, à 1 heure

Par LÉON GRAVIER

Né à Paris, le 26 janvier 1872

Ancien interne de l'Infirmierie spéciale de Saint-Lazare.

L'INCONTINENCE D'URINE

LIÉE AU PROLAPSUS GÉNITAL

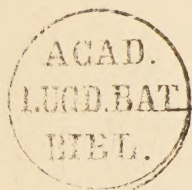
Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND,

LEJARS,

BROCA,

} agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ N...
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'incontinence d'urine liée au prolapsus génital est connue de tous les chirurgiens, mais ils discutent encore sur la pathogénie de ce trouble et sur le traitement qui lui est applicable.

Les uns en effet incriminent l'urèthre, et s'adressent aux opérations qui ont pour but d'en diminuer le calibre. Les autres, au contraire, considérant comme cause de l'incontinence le prolapsus de la paroi vaginale antérieure et le manque de résistance du périnée, font des opérations destinées à supprimer le prolapsus de la cloison vésico-vaginale et à redonner au périnée la solidité qu'il a perdue.

Il nous a donc paru indispensable de rappeler en quelques mots les rapports anatomiques existant entre le vagin, l'urèthre et la vessie et de montrer l'importance capitale du périnée comme organe de soutien.

C'est du reste la défaillance du périnée qui est la cause déterminante des prolapsus, et par suite des troubles urinaires concomitants, dysurie, pollakiurie, rétention, incontinence.

L'incontinence se rencontre surtout dans les prolapsus au début, et par suite se trouve être le symptôme, ou un des symptômes initiaux des prolapsus.

Son étiologie et sa pathogénie seront donc les mêmes que celles des prolapsus.

Nous passerons ensuite à l'étude du mécanisme de l'incontinence, puis aux différentes variétés d'incontinence pouvant être confondues avec l'incontinence liée au prolapsus ; et après avoir passé en revue les procédés opératoires employés, nous exposerons nos conclusions.

Historique.

Quoique connue depuis longtemps la variété d'incontinence qui nous occupe n'a pas été l'objet de travaux spéciaux de la part des gynécologistes et des chirurgiens. Certains auteurs comme Nonat (1), Scanzoni (2), Emmet (3) citent simplement le fait d'incontinence liée au prolapsus génital ; d'autres font intervenir dans la production de cette incontinence des causes, absolument étrangères du moins à notre avis ; de ce nombre sont Milne-Murray (4) et Engstrom (5). Certains chirurgiens français tout en n'admettant pas les idées de leurs confrères étrangers pour la production de l'incontinence ont néanmoins adopté leurs procédés opératoires. De ce nombre sont Duret, Pousson (6) et Boursier (7).

Néanmoins la plupart des chirurgiens français (8) considèrent que la cause de l'incontinence réside dans l'insuffisance périnéale et ne s'adressent qu'à cet organe. D'où l'importance, nous semble-t-il, de faire l'anatomie très succincte du périnée, de l'urèthre, du vagin et de la vessie.

(1) NONAT, *Traité des maladies de l'utérus*, 1858.

(2) SCANZONI, *Traité des maladies des organes sexuels chez la femme*, 1875.

(3) EMMET, *Traité des maladies des femmes*.

(4) MILNE-MURRAY, *Edimb. med. Journ.*, année 1881.

(5) ENGSTROM, *Edimb. med. Journ.* et *Berl. klin. Woch.*, 1837.

(6) POUSSON, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

(7) BOURSIER, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.

(8) GÉRARD-MARCHANT, *Congrès de chirurgie*, 1896. — POZZI, *Société de chirurgie*, 1892. — LEGUEU, *Traité de gynécologie* de LEGUEU et LABADIE-LAGRAVE, Paris, 1898.

Le Dr Legueu a bien voulu nous honorer de ses conseils. Nous l'en remercions de tout cœur.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie.

L'urèthre de la femme est un canal long de deux centimètres et demi à 3 centimètres, dont le calibre est très dilatable et qui se trouve presque totalement inclus dans la paroi antérieure du vagin.

Il comprend deux faces, l'une antérieure, séparée du pubis par le bulbe et le constricteur du vagin, et qui est unie intimement à la paroi supérieure du vagin par de nombreuses fibres musculaires striées ; l'autre postérieure, en rapport avec la paroi antérieure du vagin.

Le canal de l'urèthre comprend deux orifices, l'un, le méat, qui est la partie la plus étroite et la moins dilatable du canal ; l'autre, l'orifice du col de la vessie qui est facilement dilatable.

Les parois de ce canal ont une épaisseur variant de six millimètres à un centimètre et demi et sont composées de deux tuniques, une muqueuse et une musculeuse.

La muqueuse n'adhère à la couche sous-jacente que par un tissu conjonctif lâche parcouru par de nombreuses fibres élastiques et présente de nombreux plis s'effaçant par la distension.

La musculaire comprendrait d'après Henle(1) une couche

(1) HENLE, *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, 1875, I, p. 353.

de fibres lisses longitudinales et circulaires, continuation directe de celles du col vésical, c'est le sphincter uréthro-vésical organique ; puis une seconde couche composée de fibres transversales et longitudinales qui s'étendent jusque dans la vessie. Ces fibres sont striées et forment le sphincter uréthro-vésical volontaire.

Enfin il y aurait dans la paroi vaginale un muscle strié, entourant en forme d'anneau la partie antérieure du vagin et de l'urèthre, concourant également à la rétention des urines dans le réservoir vésical (1).

Donc du méat au col de la vessie, l'urèthre est entouré d'une couche musculaire contractile, assurant la coaptation intime de ses parois.

Pour Heidenhein, Gianuzzi, Kupressow, la tonicité des fibres musculaires entourant la vessie et l'urèthre joue le plus grand rôle dans la rétention physiologique des urines. Cependant, il est certain que l'élasticité des tissus, formant partie intégrante du canal et l'avoisinant, contribue pour une grande part à ce phénomène.

L'urèthre de la femme est rattaché à l'arcade inférieure du pubis par l'aponévrose moyenne et par quelques adhérences qui font suite à celles de la vessie avec le pubis. Latéralement il est côtoyé par les fibres du muscle constricteur du vagin et plus profondément par celles du releveur de l'anus.

Ce muscle, qui a la forme d'un entonnoir, comprend plusieurs faisceaux de fibres, dont les uns passent sur les

(1) LEUTSCHENSKY, Muscularer Verschluss der weiblichen ausseren Genitalien. *Centr. für Chirurgie*, n. 28, 1874.

côtés du vagin et les autres entourent le rectum. Ces fibres soutiennent les organes à la manière d'une sangle contractile.

A l'état normal le releveur lutte continuellement avec la masse des organes qui sont placés au-dessus de lui. Dans les accouchements il peut être l'objet de lésions multiples. Là, en effet, le muscle peut être frappé dans sa vitalité, et ses fibres n'ont pas seulement à souffrir de l'élongation et de la distension, elles peuvent être aussi frappées de paralysie et d'atrophie. Il peut même arriver que ces fibres se déchirent et alors le releveur ne peut plus soutenir la paroi postérieure du vagin. Mais un des muscles qui jouent le plus grand rôle dans la pathogénie des déplacements consécutifs aux ruptures du périnée, c'est le transverse du périnée, qui forme une bande transversale s'étendant d'un ischion à l'autre. Immédiatement au-dessus et perpendiculaires à la direction du transverse les deux sphincters anal et vulvaire fixés, le premier, à la pointe du coccyx, le second, à l'arcade pubienne au-dessous et sur les côtés des insertions du clitoris sur cette arcade et réunis entre eux. Lorsque tous deux entrent en jeu simultanément, ils forment une bande contractile antéro-postérieure tendant à brider les organes placés au-dessus. Le vagin et la vessie, dont c'est la place, sont donc par leur situation anatomique les organes pelviens le plus en rapport avec le corps périnéal, le vagin parce qu'en somme, il est enveloppé et maintenu de tous côtés par les muscles du périnée au milieu desquels il est comme un canal creusé, et la vessie, parce que la face postérieure libre de toute attache, a besoin de la résistance périnéale comme moyen de fixité, et

qu'elle est en connexion intime avec la paroi vaginale antérieure.

Le vagin et la vessie sont donc soutenus efficacement et à l'état normal par suite de la coaptation intime des parois vaginales qui transforme le vagin en cavité virtuelle. Fixée en avant au tiers inférieur de la face postérieure du pubis par les ligaments antérieurs de la vessie, cette dernière repose par une bonne moitié de sa face postérieure sur la paroi antérieure du vagin avec lequel elle est en rapport immédiat.

Or le périnée joue vis-à-vis de la vessie, de l'urèthre et du vagin le rôle d'organe de soutien ; qu'il vienne à être déchiré, qu'il perde ses qualités de sangle contractile, sa résistance en un mot, il cessera de soutenir efficacement les parois vaginales et une condition favorable au prolapsus sera constituée.

CHAPITRE II

Troubles urinaires dans les prolapsus.

Par suite de sa situation anatomique, la vessie de la femme se trouve donc à l'état normal et sans être prolabée dans des conditions défectueuses au point de vue de sa résistance.

Sa face postérieure et par suite la cloison vésico-vaginale, qui lui est unie, ont à supporter tout l'effort abdominal ; et comme ce point est en somme le plus faible de tout le diaphragme pelvien, toute cause tendant à diminuer la résistance de ce diaphragme aura pour effet de faciliter la descente à la vulve de la paroi vésico-vaginale et des organes qui lui sont accolés.

D'où la conséquence de troubles urinaires variés chez les femmes atteintes de prolapsus et la difficulté parfois très grande pour le clinicien de se prononcer sur la cause réelle de ces troubles, tant sont complexes les relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire.

Les plus légères modifications, qui se passent du côté de l'utérus et du vagin au point de vue de leurs changements de situation et de leurs rapports, entraînent donc du côté de la vessie des troubles fonctionnels, variés et constants.

La plupart relèvent comme mécanisme du déplacement

de la vessie et représentent en somme l'évolution du prolapsus génital.

On peut les ramener à quatre types principaux : douleur, fréquence, rétention, incontinence. Quant aux troubles d'origine septique, ce ne sont que les troubles secondaires qui viennent se greffer sur les premiers.

C'est surtout dans les prolapsus au début que l'on observe la douleur et la fréquence des mictions. C'est également la première manifestation de la cystocèle. Cependant il est à noter qu'en dehors de tout état pathologique, le moindre trouble dans la zone péri-vésicale peut déterminer de la pollakiurie ou de la dysurie. Quoique ne se manifestant pas chez toutes les femmes, ni toujours au même degré, les réactions vésicales se traduisant par de la fréquence et de la douleur s'observent souvent au moment des règles et pendant la grossesse. Guyon a insisté depuis longtemps sur les congestions actives de la menstruation et sur les congestions passives de la ménopause au point de vue de leur répercussion sur l'état de la vessie.

Cette sensibilité exagérée de la vessie, sans cystite, sans altération quelconque de l'organe, a frappé tellement les observateurs, que Zuckerkandl a fait à Vienne une communication sur ce qu'il appelait « la vessie irritable chez la femme » (1).

La rétention, quoique ne se caractérisant au début par aucun signe subjectif, est cependant presque constante dans les prolapsus génitaux.

(1) Ueber eine Form des Irritable Blase beim Weibe. *Wiener med. Presse*, 1894, nos 20-21.

La cystocèle, en effet, accompagne presque toujours le prolapsus de la paroi vésico-vaginale.

Ordinairement quand il n'y a qu'un léger degré de cystocèle, les troubles fonctionnels qui en résultent n'ont aucun caractère de gravité. Mais lorsque la vessie descend à la vulve, lorsque la cloison vésico-vaginale tombe entre les grandes lèvres, l'évacuation de la vessie se fait difficilement et presque toujours incomplètement.

Nous arrivons enfin à l'incontinence, dont nous allons uniquement nous occuper et qui fera le sujet de notre travail.

CHAPITRE III

Caractères de l'incontinence.

Nous avons vu que parmi les phénomènes fonctionnels auxquels peuvent donner naissance dès leurs débuts, les prolapsus génitaux, il faut faire une large part aux troubles urinaires, et qu'ils constituent, à eux seuls, les symptômes initiaux. On pourrait même dire que l'évolution des prolapsus génitaux est intimement liée à celle des troubles urinaires. Ce sont des notions que la clinique nous apprend et que l'anatomie nous explique.

En effet, c'est toujours par la paroi vésico-vaginale que débute le prolapsus, à de rares exceptions près, et c'est presque toujours la partie inférieure de cette paroi dans laquelle se trouve l'urèthre, qui, placée le plus près de l'orifice vulvaire, est sollicitée à descendre. D'où relâchement de l'urèthre qui concourt, comme nous l'avons vu, à la rétention des urines dans le réservoir vésical, puis relâchement du col de la vessie qui lui fait suite immédiatement. L'incontinence se produit. Mais l'urèthre et le col possédant des moyens de fixation et de soutien plus grands que la vessie, qui ne repose que sur un périnée mobile, résistent et c'est la face postérieure de la vessie qui est entraînée. Alors apparaît de la pollakiurie, de la dyspnée et de la rétention, par suite de la cystocèle.

Mais il n'y a pas de rapports entre le degré de la lésion

et l'intensité des phénomènes fonctionnels, et ce ne sont pas les désordres les plus accentués qui donnent lieu aux troubles les plus marqués.

L'incontinence que l'on observe au début des prolapsus se présente avec des caractères particuliers, ou bien on rencontre de fausses incontinenances ou de l'incontinence vraie. Dans les premières on signale deux types (1) : ou bien la vessie retient l'urine, mais elle s'écoule involontairement au moindre effort, à la moindre fatigue, par suite de l'irritabilité du réservoir vésical ; ou bien l'urine s'échappe malgré les efforts que font les malades pour la retenir, qui sont forcées de satisfaire constamment un impérieux besoin d'uriner.

L'incontinence vraie a des caractères tout autres. C'est la miction involontaire et inconsciente, sans distension de la vessie. La malade est constamment mouillée, qu'elle soit debout, couchée, ou qu'elle fasse le moindre effort.

Ce n'est donc pas de l'incontinence par regorgement, ni de l'incontinence d'urine essentielle.

Cette incontinence est soit partielle soit totale. Dans le premier cas la malade perd continuellement ses urines, peu à la fois, et chez elle le cathétérisme ramène une notable quantité d'urine. Dans le second la quantité d'urine recueillie est tellement minime que l'on peut considérer la miction comme complète.

Cette incontinence totale que nous avons observée chez une de nos malades ne se produisait qu'après un violent effort et principalement dans la position accroupie. Chez

(1) COMAR, Thèse Paris, 1893.

les autres l'incontinence se manifestait la nuit comme le jour, dans toutes les positions, même dans le décubitus dorsal (observation I) ; chez d'autres elle disparaissait dans le décubitus dorsal, et pendant la nuit (observation II).

Pour Boursier (1), cependant, l'incontinence d'urine présenterait toujours cette particularité constante de ne pas se produire dans le décubitus dorsal. Ce serait toujours une incontinence d'urine, se manifestant dans la situation debout ou dans la position accroupie, c'est-à-dire quand le prolapsus produit son maximum d'effort mécanique.

Quoique n'admettant pas les idées de Boursier à ce sujet, faisons remarquer à ce propos que bien que l'on ne puisse considérer comme relevant de l'incontinence toutes les mictions involontaires, il existe chez la femme à l'état normal et pendant l'effort une certaine procidence de la paroi vésico-vaginale qui détermine surtout pendant le rire, de l'écoulement involontaire de l'urine. Cette tendance au prolapsus produite par l'effort abdominal qui pousse la vessie et la cloison vésico-vaginale est surtout favorisée par la solution de continuité qui existe au niveau de l'orifice vulvaire. On ne peut en effet considérer le sphincter vulvaire comme fermant hermétiquement le conduit vaginal qui selon les différents mouvements du corps se trouve plus ou moins entr'ouvert. Dans la position accroupie, entre autres, l'orifice vulvaire à l'état normal est presque béant. Il est certain que dans cette situation le moindre effort exercera des tiraillements sur l'urèthre et le col de la vessie, par suite de la descente de la cloison vésico-vaginale

(1) BOURSIER, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.

et qu'il pourra s'ensuivre une miction involontaire quoique consciente. Nous avons du reste observé plusieurs fois ce fait.

Quoique l'incontinence vraie dont nous nous occupons ait comme caractère principal d'être inconsciente, il n'en est pas moins vrai qu'elle a une origine identique, et bien que spontanée, elle n'est que le résultat de transformations organiques plus ou moins longues.

Il est donc nécessaire de différencier l'incontinence spontanée de ce que nous appellerons l'incontinence traumatique (1).

Chez les malades que nous avons observés, comme chez celles dont nous avons pu recueillir les observations, l'incontinence d'urine était spontanée. Nous entendons par là que, bien que le symptôme incontinence ait été le résultat plus ou moins long, de l'évolution d'un prolapsus génital, il s'est produit subitement. En un mot l'incontinence apparaît du jour où le prolapsus est constitué.

Chez les malades qui ont de l'incontinence d'origine uréthrale, il faut mettre en cause des lésions directes du sphincter et de l'urèthre. C'est de l'incontinence traumatique. On l'observe à la suite de l'expulsion de gros calculs, après la dilatation de l'urèthre, pour l'extraction de corps étrangers et après la lithotritie. C'est pour cette raison, du reste, que la lithotritie chez la femme est inférieure à la taille hypogastrique.

Dans le cas d'incontinence traumatique il y a donc lésion directe de fibres musculaires du col vésical, tandis

(1) LEGUEU et LABADIE-LAGRAVE, *Traité de gynécologie*, Paris, 1898.

que dans l'incontinence spontanée il n'y a pas lésion du sphincter et de l'urèthre.

Il n'y a que béance par tiraillements. C'est ce que nous explique l'étiologie et la pathogénie de l'incontinence.

CHAPITRE IV

Etiologie et pathogénie.

L'étiologie et la pathogénie de l'incontinence sont inséparables de celles des prolapsus, puisque cette dernière n'en est qu'un symptôme prémonitoire dans la plupart des cas, ou ne fait que suivre leur apparition.

Nous allons donc examiner les causes qui peuvent prédisposer aux prolapsus et les causes qui peuvent les déterminer.

Toute cause pouvant diminuer la résistance d'un organe ou l'affaiblir devient une cause de prolapsus. A ce titre la grossesse d'abord, et les accouchements ensuite en sont les facteurs étiologiques les plus importants.

La grossesse, en effet, affaiblit le plancher périnéal et les moyens de suspension de l'utérus, et favorise la distension et la dénutrition des tissus.

Les accouchements produisent la plupart du temps des déchirures et diminuent la résistance de l'anneau vulvaire centre du diaphragme pelvien sur lequel s'exerce tout l'effort abdominal.

Alors même que l'accouchement se fait normalement, il est très fréquent de voir survenir chez les primipares, des déchirures périnéales ; à plus forte raison, est-il impossible de ne pas porter atteinte à la solidité du périnée lors-

que l'accouchement a été laborieux ou que l'on a eu recours au forceps.

On peut encore citer la ménopause comme cause indirecte de prolapsus, par suite des troubles qu'elle apporte dans la nutrition des organes génitaux.

Les prolapsus sont donc en somme produits par un manque de tonicité musculaire plutôt que par l'excès de tension exercée sur les organes génitaux. Aussi la distinction des prolapsus en prolapsus de force et prolapsus de faiblesse est-elle absolument théorique. On pourrait aussi bien dire que tous les prolapsus sont des prolapsus de faiblesse et que tous les prolapsus sont des prolapsus de force, que ces prolapsus apparaissent brusquement ou soient le résultat d'une évolution qui a mis plus ou moins de temps à se produire. Manque de soutien et de contention d'un côté, pression de l'autre, on est toujours forcé d'admettre qu'il y a un effort d'un côté et un organe qui supporte cet effort de l'autre. Cet antagonisme existe à l'état normal avec cette différence que la résistance est égale à l'effort.

Les cas où la résistance vient brusquement à manquer, où l'effort devient subitement la cause déterminante du prolapsus sont plus rares que les prolapsus à évolution lente, quoique Trélat ait insisté beaucoup sur l'importance de l'effort dans l'étiologie du prolapsus.

Mundé (1) cite le fait d'une jeune fille qui à la suite d'un violent effort eut un prolapsus total et dont l'utérus pendait à la vulve.

(1) MUNDÉ, *New-York obstetrical journal*, février 1880.

Retenir et surtout soutenir, ce sont là les deux principes sur lesquels se sont appuyés la plupart des chirurgiens dans le traitement des prolapsus et les résultats opératoires ont été d'autant plus brillants qu'ils se sont plus inspirés de ces principes.

C'est en effet parce que le soutien était insuffisant, parce que les éléments de contention étaient relâchés chez nos malades, que nous avons constaté du prolapsus et partant de l'incontinence d'urine.

Pour Trélat la périnée est le principal facteur des prolapsus : « Que dans cet appareil surviennent des causes de distension, d'affaiblissement, d'atrophie, de rupture totale ou partielle, les prolapsus seront constitués brusquement, ou ils seront en imminence de se produire » (1).

En effet, pour que le périnée remplisse utilement son rôle de plancher et de soutien, il faut qu'à l'état normal le vagin par suite de l'accolement de ses parois antérieure et postérieure soit pour ainsi dire transformé en cavité virtuelle.

Que la résistance du périnée soit affaiblie pour une cause ou pour une autre, que cet accolement des parois fasse défaut, la cloison vésico-vaginale tombe, entraînant avec elle la vessie et l'urèthre ; la paroi recto-vésicale la suit et toutes deux tiraillant sur l'utérus l'entraînent et le font tomber par son propre poids, les ligaments suspenseurs n'étant pas assez puissants pour s'opposer à sa descente.

Nous avons cependant vu plus haut que les prolapsus ne se produisaient pas toujours ainsi et que dans le cas rap-

(1) TRÉLAT, *Cliniques*.

porté par Mundé le prolapsus s'était produit brusquement à la suite d'un grand effort chez une fille vierge.

Dans l'exemple cité par cet auteur, on ne peut faire intervenir comme causes prédisposantes ni la grossesse ni les accouchements et il faut admettre pour la compréhension de ce fait une disposition congénitale, une faiblesse naturelle des éléments musculaires et aponévrotiques préparant le prolapsus.

Il y a des périnéés bien conformés, il peut y en avoir de mal conformés et musculairement, insuffisant dit Trélat.

Il y a même des auteurs qui vont jusqu'à faire jouer un certain rôle à l'hérédité. Pour Doran (1) il y aurait une laxité congénitale des parties molles du petit bassin et il s'appuie sur ce fait que, dans les familles des femmes atteintes de prolapsus il aurait vu d'autres sujets atteints de hernies diverses et de prolapsus génitaux.

Le plus souvent les prolapsus sont acquis et reconnaissent : 1^o des causes mécaniques ; 2^o des troubles dystrophiques.

Les causes mécaniques nous l'avons déjà vu, consistent en déchirures périnéales et surtout en déchirures profondes sous-cutanées, au niveau de la vulve et sous-muqueuses du côté de la cloison vésico-vaginale.

Dans les accouchements longs et laborieux la déchirure ne porte pas toujours sur la vulve, il se produit des déchirures du côté des sphincters. Or le rôle de ces deux sphincters, vulvaire et ano-rectal a une importance considérable dans la contention. Ils sont en effet placés de telle façon

(1) DORAN, *Transact. of the obst. Soc. of London*, 1884, p. 88.

qu'en se contractant ils refoulent au-dessus d'eux tous les organes qui y sont placés. Au-dessus de ces sphincters est la solide bandelette du transverse du périnée, dont le rôle est si important dans les déchirures de ce dernier. Si en effet l'on ne restaure pas le plus vite possible le périnée, lorsque le transverse se trouve sectionné, les deux bandes s'atrophient, se rétractent et on se trouve dans de mauvaises conditions pour faire une périnéorrhaphie.

Il se produit également des déchirures dans la paroi vaginale antérieure. Chez la femme dans les trois quarts antérieurs de l'urèthre les fibres musculaires entourent à la fois l'urèthre et le vagin (Etienne). Il en résulte que l'urèthre participe à la déchéance des parois vaginales dans les cas de prolapsus, par suite des déchirures sous-muqueuses produites dans l'accouchement. Pour O. Engström l'incontinence surviendrait après une distension excessive du vagin par le passage du fœtus, à la suite de manœuvres opératoires laborieuses. Selon cet auteur, la dilatation du vagin, dans la paroi antérieure duquel l'urèthre est totalement contenu, retentirait sur ce dernier et en déterminerait le relâchement et la dilatation. Nous pourrions ajouter que la dilatation du vagin par le fœtus en produit souvent la destruction, car comme la montré Trélat, Budin et Hadar, il arrive que des périnées en apparence intacts sont réduits à la muqueuse vaginale et à la muqueuse rectale accolées l'une à l'autre (observation III).

Dans de pareilles conditions il est évident que le soutien apporté à la cloison vésico-vaginale par la paroi vagino-rectale fera totalement défaut et que le prolapsus se fera forcément.

Si nous examinons maintenant les causes dystrophiques des prolapsus, ce n'est plus à une lésion purement locale qu'il faut nous adresser mais à la manifestation locale d'une maladie générale (1). Chez ces malades, les muscles manquent de tonicité, la paroi abdominale est flaccide, et on observe souvent des ptoses du rein, des intestins, du foie. C'est l'enteroptose de Glénard (2). Il faut alors dans ce cas soigner et la lésion locale et l'état général. Une de nos malades (obs. IV), avait de l'enteroptose avec paroi abdominale tombante et ectasie gastrique.

L'incontinence symptôme de début des prolapsus.

Il est très difficile de préciser le temps pendant lequel le prolapsus se constitue. Nous avons vu en effet qu'il en est de brusques, de subits, tandis que d'autres évoluent silencieusement et petit à petit. Nous croyons qu'il est également impossible de déterminer la marche de l'incontinence d'urine. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle est un symptôme de début et qu'à ce titre il y a un rapport entre le degré du prolapsus et le symptôme.

C'est du reste l'avis de Gérard-Marchant pour lequel l'incontinence d'urine ne se rencontre que dans les prolapsus au début.

Nous croyons en effet que par suite de l'agrandissement de l'anneau vulvaire c'est la partie inférieure du vagin qui descend la première et la partie supérieure qui suit. Mais

(1) TUFFIER, *Semaine médicale*, 1894, p. 285.

(2) GLÉNARD, *Lyon médical*, mars 1885.

les moyens de fixité de cette partie de la cloison vésico-vaginale étant plus considérables, il y a pour ainsi dire arrêt du prolapsus. La pression abdominale s'exerçant toujours sur la paroi postérieure de la vessie qui ne repose plus sur un corps périnéal fixe et résistant entraîne cette face postérieure de la vessie et produit de la cystocèle. Donc la béance de l'urèthre, qui concourt pour une grande part à la rétention des urines, et la béance du sphincter sont l'effet de l'insuffisance périnéale et produisent de l'incontinence.

Le prolapsus de la partie supérieure du vagin produit de la cystocèle et de la rétention.

Quoique nous n'attachions à l'explication du mécanisme du symptôme que nous étudions que la valeur qu'on voudra bien lui donner, nous avons remarqué, et sur ce point presque tous les chirurgiens sont unanimes à le reconnaître, que c'est au début des prolapsus que l'on constate l'incontinence d'urine (1). Par contre la rétention n'apparaîtrait que beaucoup plus tard alors que les prolapsus sont définitivement constitués et qu'ils sont compliqués de cystocèle plus ou moins volumineuse. L'incontinence et la rétention ne seraient donc que deux stades de l'évolution d'une même affection.

De même que les prolapsus s'observent chez la femme adulte, l'incontinence d'urine, elle aussi, qui en est le symptôme, se rencontre chez la femme adulte. C'est surtout chez celles qui ont eu un ou plusieurs enfants, d'a-

(1) GÉRARD-MARCHANT, De l'incontinence d'urine liée au prolapsus utérin partiel, 1899, *Presse médicale*, p. 615 ; BOURSIER, Incontinence d'urine au début dans le prolapsus utérin, *Congrès de Genève*, 1896.

près Scanzoni, que l'on observe le plus de prolapsus génitaux. Il l'aurait observé 99 fois sur 114 femmes (1). Nos malades également étaient des femmes adultes ayant eu l'une 7 enfants, l'autre 5, l'autre 1.

Bien que le prolapsus s'observe à tout âge et que beaucoup d'auteurs (2) en aient observé chez des femmes vierges ou n'ayant jamais eu d'enfants, il est néanmoins plus rare d'en observer chez des jeunes filles ou des enfants que chez des femmes déjà vieilles. L'incontinence également s'observe plus rarement chez les jeunes filles que chez les femmes adultes. Cependant Hanssen (3) rapporte que chez une enfant dont la sortie de l'utérus ne s'était effectuée qu'après la rupture spontanée d'un spina-bifida, et qu'il opéra séance tenante, il constata après l'opération un léger prolapsus du rectum puis brusquement deux jours après un prolapsus complet de l'utérus dont la réduction était des plus faciles, mais qui ne restait pas en place. A la suite de ce prolapsus l'enfant présenta de l'incontinence d'urine. L'autopsie n'ayant pu être faite, les renseignements complémentaires font défaut et nous citons ce fait sous toutes réserves. Néanmoins on est en droit de supposer que les troubles urinaires survenus chez cette enfant étaient liés au prolapsus de son utérus qui avait dû entraîner dans sa descente la paroi antérieure du vagin.

(1) SCANZONI, *Traité des maladies des femmes*, 1858.

(2) *München. med. Wochenschr.*, 1897, n° 38, p. 1040.

Mécanisme de l'incontinence.

Comment allons-nous maintenant expliquer le mécanisme de l'incontinence d'urine liée aux prolapsus génitaux ? Doit-on avec Milne Murray (1) admettre que par suite de pressions exercées sur le sphincter comprimé entre le pubis et la tête fœtale, il y a eu paralysie immédiate des terminaisons nerveuses innervant le muscle vésico-urétral ?

Selon cet auteur en effet, le muscle aurait perdu sa contractilité ; la compression sans être assez forte pour produire une eschare, et par suite une fistule, le serait assez pour détruire une quantité considérable du tissu musculaire qui forme le sphincter, laissant celui-ci aminci et relâché, et naturellement défectueux dans son pouvoir contractile.

Nous répondrons à cela que nos malades ont été guéries par une simple colpopérinéorrhaphie. Par conséquent avant comme après l'opération, le sphincter est resté aminci, relâché, et aussi peu contractile qu'il l'était auparavant, et l'incontinence ne s'est pas reproduite.

Faut-il avec Engström (2) admettre que sous l'influence des grossesses répétées, les parois de l'urèthre perdent leur élasticité, et ne peuvent plus réagir contre une pression abdominale trop forte ? Dans ce cas, seules seraient utiles les opérations intéressant directement le canal de l'urèthre.

(1) MILNE MURRAY, *Edimburg. med. J.*, avril 1881.

(2) O. ENGSTRÖM, *Berlin. klin. Woch.*, 3 septembre 1887, n° 4.

Pour Boursier (1) l'existence de tiraillements et de lésions de l'urèthre paraît indiscutable. Chez les deux malades qu'il a observées et qui présentaient de l'incontinence d'urine, la première a eu dix applications successives de forceps, une déchirure du col, du cul-de-sac latéral gauche du vagin, de toute la paroi vaginale gauche ainsi que d'une partie importante du périnée.

L'autre malade a eu cinq accouchements à terme et sept fausses couches. Elle présentait un relâchement considérable de sa paroi abdominale avec éventration, un périnée insuffisant, déchiré et un vagin lâche et sans tonicité. Il est certain que l'urèthre dans ce cas, entraîné par la paroi vaginale antérieure et grâce aux nombreux tiraillements qu'il a subis, a perdu une grande partie de sa tonicité. Pozzi, au *Congrès de Chirurgie* de 1892 discutant l'opération que préconisait Pousson contre l'incontinence d'urine liée aux prolapsus, considère ce trouble comme un épi-phénomène de la chute du vagin.

L'incontinence d'urine ne reconnaîtrait pour cause selon Gérard-Marchant (2), que les tiraillements exercés sur la face postérieure de l'urèthre par la paroi vaginale antérieure tombante.

Si nous nous reportons aux résultats opératoires, nous voyons que toutes les malades chez lesquelles on a supprimé cette paroi vaginale antérieure soit par une colporraphie antérieure, soit par une colpopérinéorraphie, ont vu leur incontinence d'urine disparaître, *sublata causa, tollitur effectus*.

Du reste la ptose de la paroi vésico-vaginale explique

(1) BOURSIER, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.

(2) GÉRARD-MARCHANT, *Presse médicale*, 14 novembre 1896.

suffisamment l'incontinence, et il n'est pas nécessaire de faire intervenir la paralysie des nerfs du sphincter, ni la destruction des fibres musculaires pour la compréhension de ce phénomène. Il y a incontinence parce que le col de la vessie et la portion de l'urèthre qui lui est adjointe sont béants, et cette béance est maintenue par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale. Il se produit pour le col et l'urèthre ce qu'il se produit pour la vessie. Seulement comme cette dernière est plus mobile et moins bien soutenue, son prolapsus s'accroît toujours progressivement, tandis que l'urèthre plus solidement fixé ne peut opérer qu'une descente relative.

CHAPITRE V

Diagnostic de l'incontinence.

Le diagnostic de l'incontinence d'urine quoique en apparence relativement simple, présente cependant des difficultés assez sérieuses. Dans un cas elle a pu être confondue à plusieurs reprises avec une fistule vésico-vaginale (observation I).

On peut également observer de l'incontinence à la suite de l'occlusion d'une fistule vésico-vaginale. Emmet, Nogerath signalent ce fait.

Pour Hégar et Kaltenbach, l'incontinence serait due dans ce cas, à ce que la vessie aurait perdu la faculté de se laisser distendre par les urines ; ou bien à ce que la perte de substance au niveau de la fistule étant considérable, la capacité du réservoir se trouve extrêmement réduite. Elle peut également reconnaître pour origine comme le dit Pozzi (1) la perte de tonicité par l'effet de la désuétude, du sphincter vésical et des fibres musculaires de l'urèthre.

Hégar et Kaltenbach rapportent qu'Uter Hart a observé un cas d'incontinence due à l'existence d'une bride cicatricielle tenant entr'ouvert le canal de l'urèthre, qui disparut après la section de cette bride.

On rencontre également dans les uréthrocèles de l'incon-

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*.

tinence d'urine. Mais cette incontinence n'est pas habituelle. Duplay n'en aurait observé qu'un cas. Du reste la déchirure des fibres sphinctériennes uréthro-vésicales, contenues dans la paroi inférieure de l'urèthre est limitée à une partie de la longueur du canal et il s'en trouve une quantité suffisante pour assurer l'occlusion de la vessie.

Dans les cystocèles volumineuses, il se produit souvent de l'incontinence par rétention. Mais dans ce cas l'examen de la tumeur permettra d'établir facilement le diagnostic.

Enfin citons l'incontinence par vice de développement dans l'appareil génital dont Albarran (1) a publié un cas et que nous reproduisons à la fin de notre thèse.

Chez une malade atteinte d'incontinence d'urine il y aura donc à faire un examen minutieux de tout l'appareil génital après qu'elle aura fourni les renseignements les plus importants savoir : si son incontinence d'urine se manifeste le jour, ou le jour et la nuit ; si elle disparaît au repos, ou si elle est exagérée par la fatigue, la marche, les accès de toux, l'effort.

Avec une vulve et un périnée en apparence normaux il faudra néanmoins songer à des déchirures sous-cutanées et pratiquer le toucher vaginal et le toucher rectal à la fois.

L'examen de la paroi vaginale antérieure appellera également l'attention, car on peut se trouver en présence d'une uréthrocèle, qui quelquefois est une cause d'incontinence, ou d'une fistule vésico-vaginale, ou d'un néoplasme vésical,

(1) ALBARRAN, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1895.

ou d'une distension avec dilacération de l'urèthre et du col vésical par un calcul volumineux.

Le diagnostic d'uréthrocèle sera facile à faire car en examinant le septum uréthral et en priant la malade de tousser, il sera facile de voir la tumeur bomber en dessous du méat.

Pour la fistule vésico-vaginale, il sera nécessaire dans le cas où il y aurait des hésitations, de faire dans la vessie une injection de lait après avoir au préalable bien asséché le conduit vaginal.

L'existence d'un néoplasme nécessitera un examen cystoscopique qui lèvera tous les doutes à cet égard et quant aux calculs, les renseignements donnés par la malade sur leur expulsion, dans le cas où elle aurait eu lieu, suffiront amplement.

L'incontinence d'urine constitue pour les malades qui en sont atteintes une infirmité plutôt incommode que dangereuse et dont elles tiennent à se débarrasser au plus vite. Néanmoins le prolapsus continuant à évoluer il se produit alors non plus de l'incontinence, mais de la rétention par suite de la cystocèle, les urines se troublent, la vessie s'infecte, et la cystite évoluant, des lésions peuvent s'établir du côté des reins et des uretères et prendre une gravité considérable.

CHAPITRE VI

Procédés opératoires.

Les procédés opératoires employés contre l'incontinence d'urine sont fort nombreux et peuvent se ramener à 5 types principaux :

- 1° Dérivation du cours de l'urine ;
- 2° Resserrement simple du canal de l'urèthre ;
- 3° Resserrement par allongement, déviation, torsion de l'urèthre ;
- 4° Plissement de l'urèthre (procédé d'Albarran) ;
- 5° Restauration du plancher périnéal et résection de la paroi vésico-vaginale.

1° DÉRIVATIONS DU COURS DE L'URINE.

Ce sont les procédés de Baker Brown, de Rutenberg et de Rose.

Baker Brown (1) ferme l'urèthre et refait un nouveau canal au-dessus de l'ancien. C'est un procédé dangereux et qui met les malades dans l'obligation de porter une sonde à demeure pour éviter l'obturation du nouveau canal.

Rutenberg (2) crée une fistule hypogastrique que les malades oblitèrent au moyen d'une pelote.

(1) BAKER BROWN, *The Lancet*, March. 5, 1854.

(2) RUTENBERG, *Wien. medic. Woch.*, n° 37, 1875.

Rose, oblitère le vagin et l'urèthre et produit une fistule vésico-rectale. Outre que cette opération est difficile à exécuter, elle est, selon Fritsch (1) qui a observé quelques malades opérées, une mutilation qu'une malade ne permet que lorsque de longues années d'incontinence avec tous les désagréments ont rendue lâche et qui le regrette.

2° RESSERREMENT SIMPLE DU CANAL DE L'URÈTHRE. PROCÉDÉ DE FRANCK, DE WINCKEL ET DE SCHULTZE.

Franck résèque la cloison uréthro-vaginale dans toute son épaisseur en enlevant un lambeau triangulaire dont le sommet commençant au méat, s'arrête à 1 centimètre de l'embouchure de l'urèthre à la vessie. Puis, excision du côté de l'orifice vésical, d'un lambeau de la muqueuse vaginale en forme d'ellipse. Les bords de la fistule uréthro-vaginale qu'il a ainsi formée sont affrontés et suturés au fil d'argent.

Winckel enlève un coin de la paroi inférieure de l'urèthre. Il excise également toute l'épaisseur des tissus y compris la muqueuse uréthrale ; les bords de la perte de substance sont réunis l'un à l'autre.

Schultze excise un lambeau elliptique d'une longueur de 3 centimètres et d'une largeur d'un centimètre en son milieu comprenant toute l'épaisseur du septum uréthro-vaginal et suture les lèvres de la plaie.

Somme toute, ces procédés consistent dans l'excision d'une portion de la paroi inférieure de l'urèthre proportionnée au degré de resserrement que l'on veut obtenir.

(1) FRITSCH, *Centralblatt für Gynæk.*, XI, n° 30, 1835.

Engström, par suite des dangers de la fistule uréthro-vaginale, qui survient s'il n'y a pas de réunion par première intention, n'intéresse pas l'urèthre. Il taille un lambeau dont la pointe commençant au méat s'évase et vient aboutir jusqu'au col. En dessus, il se contente d'aviver la muqueuse en forme d'ovale. Les bords de la plaie sont suturés.

Les avantages de ce procédé consistent en une réunion par première intention qui s'obtient plus facilement qu'avec le procédé de Franck, Winckel ou Schultze ; puis on n'a pas à craindre de fistule et enfin le tissu cicatriciel qui se produit provoque par sa rétraction un resserrement du canal.

3^e MÉTHODE DE RESSERREMENT DE L'URÈTHRE PAR DÉVIATION, TORSION, ALLONGEMENT DE SON AXE.

Les principaux sont les procédés de Pawlick, Duret et de Gersuny.

Le procédé de Pawlick (1) consiste à couder l'urèthre autour du ligament supérieur, puis à le tendre fortement dans le sens transversal de manière à accoler ses deux parois l'une à l'autre.

Duret change la direction de l'axe de l'urèthre et allonge sa paroi postérieure pour le transformer en fente transversale.

Gersuny a imaginé un très ingénieux procédé qui consiste à faire une torsion de 180° à l'urèthre suivant son grand axe ; ce qui le transforme en son milieu, en tuyau de caoutchouc tordu sur lui-même, rappelant ainsi la fermeture de certaines blagues à tabac.

(1) PAWLICK, *Wiener med. Woch.*, 1883, n° 25.

Pousson (1) combine le procédé de Duret avec celui de Gersuny. Enfin Albarran est l'auteur d'un procédé de plissement de l'urèthre très ingénieux.

4^o PROCÉDÉ D'ALBARRAN (2).

Craignant que la torsion de l'urèthre ne gênât la circulation il a imaginé l'opération suivante :

Une incision longitudinale part en dessous du clitoris et se prolonge jusqu'au méat qu'elle contourne à droite et à gauche jusqu'au niveau de son bord inférieur. En ce point une incision transversale tangente à la première, permet de séparer deux lambeaux latéraux de forme triangulaire. Dans toute la portion que circonscrit le méat l'incision passe à 3 millimètres de l'orifice, ce qui permet ensuite de conserver autour de l'urèthre une épaisseur de tissus suffisante pour en assurer la nutrition.

Les lambeaux étant disséqués et relevés avec des crochets, l'urèthre est disséqué et isolé jusqu'au col de la vessie. Un crochet ou une pince à griffes saisit alors le méat en l'attirant en bas, vers le vagin, ce qui permet de bien voir la paroi supérieure de l'urèthre. On passe alors dans la demi-circonférence supérieure du canal un fil de soie ; ce fil a pour but de plisser la paroi supérieure de l'urèthre de manière à former dans l'intérieur du canal un éperon ; pour ce faire, on passe une aiguille de Hagedorn dans la moitié gauche de la demi-circonférence supérieure de l'urèthre et la faisant ressortir près de la ligne médiane on par-

(1) POUSSON, *Arch. clin de Bordeaux*, 1892.

(2) ALBARRAN, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, octobre 1892.

court dans la moitié droite de cette demi-circonférence le même chemin en sens inverse, en ayant soin de ne pas faire pénétrer l'aiguille dans la lumière du canal uréthral.

On passe ainsi un premier fil au niveau de la portion la plus reculée de l'urèthre disséqué, et un second fil au niveau du méat urinaire. Une sonde n° 15 est alors introduite dans la vessie et les deux fils successivement noués sont coupés au raz du nœud. L'urèthre présente alors la forme d'un cœur de carte à jouer, et dans son calibre rétréci l'éperon fait saillie.

Cette première partie de l'opération étant terminée, on relève le méat uréthral jusqu'au-dessous du clitoris et les lambeaux latéraux qui étaient soulevés par des crochets sont rabattus. Un point de suture fixe alors le bord supérieur du méat au-dessus du clitoris et les deux bords libres des lambeaux sont suturés l'un à l'autre et donnent ainsi un point d'appui à la portion inférieure de l'urèthre.

Lorsque la paroi antérieure du vagin présente la résistance normale, l'opération peut être considérée comme terminée, lorsqu'au contraire cette paroi flasque, ne donne pas à l'urèthre un point d'appui suffisant, il faut compléter l'opération par l'élytrorrhaphie antérieure.

Cette opération fut pratiquée chez une femme qui avait de l'incontinence d'urine totale, aussi bien dans le décubitus dorsal que debout. L'urèthre était à ce point dilaté qu'il admettait facilement le petit doigt et qu'une injection poussée dans la vessie ressortait à mesure. Cette malade présentait également une chute de la paroi vésico-vaginale et avait une vulve agrandie par quatre accouchements.

Malheureusement le résultat opératoire ne répondit pas

à toutes les espérances, car la malade continua à perdre ses urines étant debout, et ne pouvait les conserver que deux heures dans le décubitus dorsal.

5° RESTAURATION DU PLANCHER PÉRINÉAL ET RÉSECTION DE LA PAROI VÉSICO-VAGINALE.

L'incontinence d'urine n'est qu'un épi-phénomène de la chute du vagin et les opérations doivent surtout s'adresser à cette chute. Les opérations de correction uréthrale ne produisent aucun effet, seule la colporraphie antérieure est indiquée.

Telle est l'opinion émise par Pozzi en 1892 à la Société de Chirurgie, au sujet de la communication de Pousson, de Bordeaux sur les opérations de correction uréthrale.

Nous croyons que si dans certains cas une colporrhaphie antérieure peut suffire il en est d'autres où elle est totalement insuffisante. Il est évident que chez une femme ayant une vulve béante déchirée par plusieurs accouchements, à paroi vaginale antérieure tombante une colpopérinéorrhaphie sera l'opération de choix.

Il semblerait cependant qu'elle ne le serait pas toujours ; car Boursier dit avoir pratiqué cette intervention chez une malade ayant de l'incontinence d'urine causée par un prolapsus génital avec grande déchirure de la vulve, et n'avoir obtenu aucun résultat, la malade perdant ses urines après l'opération comme avant. Nous reproduisons cette observation *in extenso*.

Quoi qu'il en soit la colpopérinéorrhaphie nous semble encore l'opération par excellence des incontinenances d'uri-

nes liées aux prolapsus, car elle s'attaque à la cause même de ces prolapsus et la supprime.

Cependant dans le cas cité précédemment elle n'a pas réussi. Il est toujours temps alors de s'adresser directement à l'urèthre et de pratiquer l'opération d'Albarran, qui est de beaucoup préférable à tous les procédés de déviation, de torsion, et d'allongement de l'axe de l'urèthre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Due à l'obligeance du D^r GÉRARD MARCHANT, *Congrès de Chirurgie*, 1896.

La première malade est une femme de vingt-six ans, que son médecin, accoucheur distingué, me présenta comme atteinte d'une fistule vésico-vaginale. Depuis cinq ans, en effet, consécutivement à un accouchement, cette jeune femme perdait ses urines, ou plutôt se sentait constamment mouillée, et était obligée de se garnir : sans être morte socialement, elle était fort incommodée de cette infirmité.

Son médecin avait cherché, à plusieurs reprises, la fistule, sans la trouver, et il supposait que le trajet devait en être anfractueux et l'orifice petit, caché, autour du col utérin.

Cette incontinence n'était pas absolue, la malade ne perdait qu'une partie de ses urines, et c'est surtout dans les efforts, dans les accès de toux, après les fatigues, que s'accroissait cette incontinence. La nuit, l'écoulement était moindre, mais persistant.

En examinant cette jeune femme, je fus frappé de la béance de la vulve, de la flaccidité des téguments ; le col abaissé était exulcéré : la paroi vaginale antérieure était abaissée et une cystocèle légère accompagnait cette colpocèle antérieure.

Après avoir asséché le conduit vaginal, je recherchai l'orifice fistuleux, mais dans aucun des replis vaginaux, ni autour de l'utérus, il ne me fut possible de déceler la moindre ouverture : les parois vaginales restaient sèches pendant cet examen.

J'injectai alors dans la vessie, d'abord 180, puis 200, puis

300 grammes de lait, sans que, dans aucun point, apparût la trainée lactescente révélatrice d'une communication anormale vésico vaginale ou utérine.

J'étais très désappointé de ne rien rencontrer, lorsque je priai la malade de faire un effort, de tousser et alors je vis l'orifice urétral pourtant normal, se laisser franchir et teinter par une tache blanche.

Le diagnostic était fait : il s'agissait d'une incontinence d'urine et non d'une fistule.

Le canal de l'urèthre me parut absolument normal : seuls, par rang d'importance, la colpocèle antérieure avec cystocèle, la béance vulvo-vaginale, le gros col utérin abaissé, me semblèrent devoir être incriminés pour la pathogénie de cette incontinence,

L'acte opératoire découlait de ces constatations ; je pratiquai, dans la même séance, une *amputation du col*, une *colporraphie antérieure* et une *périnéorraphie*.

Je puis vous dire que la malade est absolument guérie de son infirmité, et qu'elle est aujourd'hui consolée qu'on ne lui ait pas trouvé de fistule !

OBSERVATION II

publiée par le professeur BOURSIER, dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.

Marie M..., âgée de 39 ans, se présente à la clinique de la Faculté le 23 avril 1896 et se plaint de douleurs de ventre et de troubles urinaires.

A 22 ans elle fait une première fausse couche de 4 mois ; à 23 ans première grossesse ; à 26 ans deuxième accouchement normal à terme ; à 28 ans quatrième grossesse ; de 31 à 35 ans série de 6 fausses couches de 3 à 4 mois ; de 36 à 37 ans, deux grossesses nouvelles avec accouchements normaux.

Il y a un an, s'aperçoit qu'elle perd son urine en marchant et que cette incontinence disparaît pendant le repos au lit. Cependant peu à peu cette incontinence est devenue plus accusée, elle est constante

pendant la station debout, la marche et l'effort. Néanmoins, à part l'écoulement de quelques gouttes d'urine pendant les efforts de toux, le rire, etc..., la malade ne perd pas ses urines quand elle est couchée. En outre depuis quelque temps ont apparu des phénomènes de cystite, principalement des mictions fréquentes et douloureuses. La malade se plaint de sensations de tiraillements dans les reins, de pesanteur dans le bassin et entre les jambes. Elle a quelques pertes blanches, reste très constipée, et devient très nerveuse.

A l'examen, on trouve un ventre en besace, à paroi antérieure très relâchée, et portant une éventration sous-ombilicale.

La vulve est béante, le périnée est assez largement déchiré à droite et à gauche de la colonne postérieure du vagin. On constate une chute marquée de la paroi vaginale antérieure, avec une cystocèle accusée ; le vagin est très lâche, il y a même un peu de rectocèle.

Au toucher, col très notablement abaissé, assez largement déchiré pour permettre l'introduction de l'index. Utérus nettement antéfléchi, annexes à peu près anormales.

Le 6 mai 1896. — Curettage utérin ; amputation du col (procédé Simon-Hégar) et large colporraphie antérieure ovale à suture antéro-postérieure au catgut fort. On termine par une grande colpopérinéorrhaphie (procédé Doléris) avec six points profonds au crin de Florence et quelques points superficiels au catgut.

Dans l'après-midi qui suit l'opération, la malade a un peu d'incontinence d'urine au lit.

Le 8. — Cette incontinence a disparu. On change la mèche de gaze iodoformée qui bourrait le vagin. Ce pansement est renouvelé le 10 et le 12 mai sans incidents. La malade va très bien, ne souffre pas en urinant, pas de fièvre.

15. — Les points de suture du périnée sont retirés parce qu'ils menaçaient de couper.

25. — La malade commence à se lever. Elle est reprise d'envies fréquentes d'uriner très impérieuses et si elle essaye d'y résister, l'incontinence reparaît. Miction légèrement cuisante.

29. — Cicatrisation complète de la colporraphie et de la périnéorrhaphie. Les troubles urinaires persistent.

3 juin. — Au repos la malade n'a pas d'incontinence malgré un retour de cystite avec urines purulentes. A la marche, envies brusques et impérieuses d'uriner qu'il faut satisfaire ; la miction est douloureuse.

10. — Sous l'influence des capsules de térébenthine, la cystite s'est amendée, les envies d'uriner sont moins fréquentes, moins douloureuses, et la malade résiste plus longtemps sans incontinence.

La malade observée le 2 et le 9 juillet se plaint que son incontinence est totalement revenue dans la station verticale comme avant l'opération.

OBSERVATION III.

Tirée des *Cliniques* de TRÉLAT.

La femme D..., 23 ans entre dans le service le 7 février 1888... sans antécédent héréditaire notable, cette femme bien réglée à 15 ans se marie en 1884 à 21 ans. Elle devient aussitôt enceinte et accouche le 12 août 1895, cet accouchement fut long et difficile et se termina par une application de forceps, enfant mort-né.

Quinze jours après, la malade se levait et ne ressentait aucune douleur. Un peu plus tard un mois après la délivrance elle ressent des douleurs dans le ventre et des tiraillements dans les reins. Le médecin consulté conseille l'application d'un pessaire. Néanmoins la malade est souvent gênée par de l'incontinence d'urine qui se manifeste pendant les efforts.

Seconde grossesse en 1886 et en mai 1887. Second accouchement aussi pénible que le premier. Enfant à terme mais mort-né. Neuf jours après la malade se lève et dès lors elle ressent tous les symptômes antérieurs déjà signalés sans aggravation. Il n'y a point d'incontinence des matières fécales mais les douleurs abdominales et lombaires rendent tout travail impossible et ont engagé cette femme à demander les secours de la chirurgie. Voilà quel est l'état de ses organes : la partie postérieure de la vulve présente une forme irrégulière ; au niveau de la fourchette on voit une surface triangulaire, aplatie, muqueuse sans trace de cicatrices, et glissant facilement sur les parties profondes ; on y trouve une autre surface muqueuse

formant un triangle cicatriciel à base inférieure, remontant quelque peu sur la partie du vagin. D'après cet aspect, on peut conclure qu'il y a une déchirure de la muqueuse vaginale et un allongement, une distension du tégument cutané-muqueux de la fourchette.

Le corps périnéal et la cloison recto-vaginale ont été atteints. Les muscles sphincter vulvaire, transverse ont été déchirés sans que la peau ait cédé, de sorte qu'au lieu d'un corps périnéal épais et résistant, les doigts introduits simultanément dans le vagin et dans l'anus ne sentent plus qu'une mince bande musculaire, restant du sphincter anal et un périnée purement cutané dont l'étendue est minime et n'a qu'un centimètre tout au plus. La cloison recto-vaginale, elle aussi, est bien amincie ; le releveur anal a dû être déchiré et elle n'est plus constituée que par l'adossement des deux muqueuses rectale et vaginale. Le doigt détermine très facilement la production d'une rectocèle, et l'ongle est tellement saillant sous cette mince cloison, qu'on la croirait prête à se perforer.

Le col utérin est à 4 centimètres de la vulve, il regarde en avant tandis que le fond repose dans la courbure sacrée signe de rétroversion très marqué. Il existe en même temps une légère flexion du col utérin sur le corps, et, fait très important, l'hystéromètre placé dans l'utérus corrige facilement la rétroversion. Ce mode de correction nous montre que le déplacement est bien dû à des relâchements ligamenteux et non à des adhérences de pelvi-péritonite du repli de Douglas. On observe en outre une légère cystocèle qui se dessine assez nettement par la toux et les efforts. On pratique à cette malade avec succès l'opération d'Alexandre et la colpopérinéorrhaphie.

OBSERVATION IV.

Due à l'obligeance du Dr BAZY.

Marie-Joséphine C..., blanchisseuse, âgée de 63 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert, le 29 novembre 1897 pour prolapsus complet de l'utérus.

N'a jamais été malade. A eu sept enfants.

Il y a huit ans, à la suite d'efforts répétés et de violents accès de

toux, elle constate une légère descente de son utérus. Elle consulte à ce moment un médecin qui lui conseille l'emploi d'un pessaire. Comme la malade est forcée de travailler continuellement, et que de plus elle ne peut supporter le pessaire, elle voit son prolapsus augmenter de jour en jour, si bien qu'elle se décide à entrer à l'hôpital le 29 novembre 1897.

On constate actuellement un prolapsus utéro-vaginal complet. Le col de l'utérus gros comme un œuf d'autruche, rouge, œdématié, sensible au toucher, présentent des ulcérations, forte saillie hors d'une vulve béante agrandie par des accouchements répétés. Périnée flasque ; paroi abdominale dont les muscles n'ont aucune tonicité, entéroptose.

Il y a en outre de la cystocèle. La cloison vésico-vaginale est attirée en bas ainsi que la vessie et pour pratiquer le cathétérisme, on est obligé de mettre la sonde perpendiculairement.

La malade se plaint d'incontinence d'urine, à laquelle s'est adjoint de la douleur et de la fréquence des mictions.

Elle aurait rendu des grains de sable en urinant.

Les efforts qu'elle fait pour uriner ont déterminé des hémorroïdes assez volumineuses.

On cathétérise la malade et on retire de la vessie une certaine quantité d'urine purulente. En introduisant un explorateur métallique on a la sensation de choc. La lithotritie est pratiquée et la malade sort le 26 décembre 1897.

Elle rentre le 2 janvier 1898 à St-Louis dans le service du docteur Bazy. On lui réduit son prolapsus et le 27 janvier on lui fait une colpopérinéorraphie.

Actuellement la malade est guérie. Son prolapsus ne s'est pas reproduit et elle ne présente plus d'incontinence d'urine.

OBSERVATION V.

Due à l'obligeance du D^r BAZY (Hospice de Bicêtre, salle Nélaton).

Florentine M..., couturière âgée de 62 ans, a été réglée à 13 ans. Fausse couche de 2 mois et demi à 23 ans. Depuis souffre toujours

de violents maux de reins. Jusqu'à 30 ans a 3 enfants. Le premier accouchement fut très pénible et fut cause d'une déchirure périnéale, non recousue.

Le ménopause survient à 37 ans.

Déjà soignée à Bicêtre pour une pneumonie avec apoplexie pulmonaire en avril 1894, la malade rentre à l'hôpital le 18 février 1895 pour des violentes douleurs de ventre. Ces douleurs sont survenues il y a 4 ou 5 ans sans cause connue. Après la marche sensation de pesanteur, de tiraillements dans les reins.

Il y a deux ans la malade sent que son utérus descend, et à part une certaine tendance à rester longtemps sans uriner, elle ne s'aperçoit d'aucun trouble du côté de la vessie.

Il y a 6 mois, la malade étant couchée, ou assise sent son urine s'échapper peu à peu, ou plutôt ne s'aperçoit qu'elle perd son urine que parce qu'elle est mouillée. Il y aurait en même temps d'après elle écoulement d'une assez grande quantité de sang.

Il y a 3 mois, l'utérus sort un peu entre les lèvres ; à ce moment la malade remarque que son jet d'urine n'a plus la direction normale et tend à se redresser. Les douleurs sont toujours plus vives.

Il y a un mois elle vient consulter le Dr Bazy qui trouve un prolapsus utérin, avec col rouge et enflammé, et une cystocèle.

Actuellement, à la suite d'un effort, ou même de la simple station debout un peu prolongée, la malade sent sortir entre les lèvres 2 tumeurs, l'une antérieure, l'autre postérieure. Elle accuse du côté de la vessie de légères douleurs de temps en temps, accompagnées de picotements. A ce moment elle ne peut pas uriner, puis dix minutes après, environ, le besoin d'uriner se fait sentir impérieusement, et la malade urine facilement avec les modifications du jet, notées plus haut.

Le 21 février colpopérinéorrhaphie. Douze jours après on enlève les fils et la malade sort guérie le 13 mars 1895.

OBSERVATION VI.

D^r ALBARRAN, *Annales des maladies des organes génito urinaires*, déc. 1893.

Le 27 septembre de l'année dernière entra, dans notre service, une jeune modiste de 19 ans qui se plaignait d'une incontinence d'urine complète durant déjà depuis six ans. Pour venir à bout de la pénible infirmité qui l'obligeait à être toujours garnie, la jeune malade avait essayé bien des traitements. Pendant longtemps, elle fut soignée par la belladone à dose progressive ; plus tard, elle essaya du sirop de sulfate de strychnine d'après la méthode que Trousseau enseigna et qui, pendant si longtemps, demeura classique. On avait essayé aussi, à plusieurs reprises, l'électrisation de l'urèthre d'après la méthode de M. Guyon. Vous connaissez tous les merveilleux résultats de ce traitement dans un grand nombre d'incontinences sans lésion matérielle des voies urinaires ; or, l'électrisation échoua malgré des soins continués pendant quatre mois à l'hospice de Bicêtre, malgré que la malade vint se faire soigner ici même, à notre consultation externe. Depuis trois mois déjà, M. Courtade, dont la compétence particulière nous est connue, soignait cette jeune fille sans obtenir aucun résultat.

Lorsque la malade entra dans notre service, elle paraissait à peine âgée de 14 ou 15 ans, quoiqu'en réalité elle en comptât 19 ; c'était une jeune fille grêle, mal développée, légèrement scoliotique et à la figure manifestement asymétrique. J'appris que son père a souffert pendant cinq ans de douleurs sciatiques, que sa mère est très nerveuse et qu'une sœur, morte tuberculeuse, avait des crises d'hystérie franche. La malade elle-même nous dit avoir eu trois fois des pertes de connaissance ; elle ne fournit d'ailleurs aucun autre renseignement sur le détail de ses accidents. Ces anamnestiques présentaient pour nous un grand intérêt, car ils établissaient que nous nous trouvions en présence d'une dégénérée et nous autorisaient à incriminer le système nerveux dans la pathogénie de l'incontinence.

L'interrogatoire m'apprit ensuite que nous avions affaire à une

variété peu commune d'incontinence. Jusqu'à l'âge de 13 ans, en effet, jamais la malade n'avait perdu ses urines et elle n'urinait pas au lit. C'est à 13 ans que, en même temps que les règles s'établissaient, d'ailleurs difficilement, l'incontinence commença à se montrer, d'abord pendant la marche ou les efforts, puis par le simple effet de la station debout. Au début, l'incontinence était plus accusée au moment des règles, peu à peu la perte involontaire des urines devint continue. Ce qu'il y avait de plus remarquable dans l'histoire de notre malade, c'est qu'elle perdait ses urines dans la station debout, mais que l'incontinence cessait dans la situation horizontale. A peine la malade s'était-elle levée que l'urine s'écoulait goutte à goutte sans qu'elle éprouvât jamais l'envie d'uriner ; pendant la nuit, au contraire, les draps n'étaient pas mouillés et au réveil la malade sentait le besoin d'uriner.

Vous savez que les incontinenes qui présentent ces caractères s'observent assez fréquemment chez les femmes et qu'on les groupe sous le nom d'incontinenes uréthrales d'origine mécanique. On peut observer ces incontinenes chez la femme dans les circonstances suivantes : 1° lorsque des accouchements répétés relâchent les tissus et aboutissent à l'insuffisance du sphincter ; 2° lorsqu'on a pratiqué la dilatation forcée de l'urèthre ou la taille uréthrale ; 3° après la dilatation pathologique de l'urèthre déterminée par des calculs, des corps étrangers ou des néoplasmes ; et enfin, 4° à la suite des opérations de fistules vésico-vaginales. Cette rapide énumération vous montre la nécessité où je me trouvais de pratiquer un soigneux examen local, quoique la plupart des causes que je viens de citer pussent, d'emblée, être éliminées.

Les organes génitaux externes étaient bien conformés et, la malade n'étant pas vierge, je pratiquai soigneusement le toucher vaginal combiné à la palpation hypogastrique. Je constatai que le cul-de-sac antérieur du vagin n'existait pas : la paroi vaginale antérieure, bien tendue, venait s'insérer sur la lèvre antérieure du col utérin ; en arrière, au contraire, le cul-de-sac vaginal était bien développé et permettait de constater un col utérin petit et conoïde. L'utérus lui-même était petit et en forte antéro-flexion. L'ovaire gauche occupait

la place normale, tandis que l'ovaire droit paraissait beaucoup plus rapproché de la paroi vaginale antérieure.

Après cet examen, je passai à l'exploration de l'urèthre et de la vessie. L'urèthre me parut normal dans son calibre et dans sa longueur ; avant de pénétrer dans la vessie avec l'explorateur à boule, je dus vaincre la légère résistance normale du sphincter. La vessie paraissait saine à l'exploration ; ses parois étaient souples, d'épaisseur normale ; le réservoir n'était pas sensible au contact des instruments et sa sensibilité à la distension était moindre que la normale, puisque je pus injecter facilement 500 grammes d'eau boriquée. Après avoir constaté que le liquide d'injection ressortait tout entier par la contraction normale de la vessie qui pouvait spontanément se vider d'une manière complète, je remplis de nouveau le réservoir avec de l'eau boriquée et je retirai la sonde. Pas une goutte du liquide ne sortit tant que la malade resta couchée, mais, en la faisant mettre debout, elle se mouilla immédiatement.

Ces différentes explorations me montraient bien que je n'avais pas affaire aux variétés d'incontinence mécanique que je vous ai mentionnées et d'un autre côté il fallait bien admettre une cause mécanique, puisque l'incontinence cessait lorsque la malade était couchée et qu'elle apparaissait immédiatement dans la station debout. Je complétais alors mon examen par l'emploi du cystoscope et voici la constatation importante que je pus faire.

La muqueuse vésicale était saine, mais à un centimètre en arrière du muscle interuretéral on voyait un bourrelet saillant dans l'intérieur de la cavité vésicale ; plus loin la surface interne de la vessie présentait un enfoncement, véritable bas-fond, au lieu et place de la surface plane de l'état normal. Au niveau de cet enfoncement, la muqueuse présentait un aspect normal. Ce n'était pas une cellule vésicale, mais bien une dépression régulière de toutes les parois de la vessie.

Pour expliquer l'existence de ce bas-fond je ne pouvais faire que deux hypothèses : ou la partie de la paroi postérieure de la vessie correspondant au trigone se trouvait soulevée comme elle l'est chez les prostatiques par une tumeur extra-vésicale, ou bien la partie dé-

primée était attirée en arrière par des adhérences. Je ne pouvais pas m'arrêter à l'idée d'une tumeur soulevant le trigone, puisque j'avais constaté par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, qu'il n'existait rien de semblable ; je pensai alors que des adhérences unissaient la vessie à l'organe qui se trouvait en rapport avec la portion déprimée de la paroi postérieure, c'est-à-dire à l'utérus. Cette hypothèse me parut d'autant plus plausible que le toucher vaginal m'avait montré l'absence du cul-de-sac antérieur et la situation prolabée de l'ovaire droit.

En rapprochant ces trois faits, la dépression vésicale, l'absence du cul-de-sac vaginal antérieur et la situation anormale de l'ovaire droit, je conclus à l'existence d'une malformation de l'appareil génital interne consistant en une adhérence anormale de la paroi postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus.

Mais quel rôle pouvait jouer cette adhérence utéro-vésicale dans l'incontinence d'urine ? La constatation de son existence pouvait-elle expliquer le mode particulier suivant lequel notre malade perdait ses urines ?

Voici l'hypothèse qui me parut vraisemblable. Lorsque la malade était couchée, l'utérus obéissant à son poids se déplaçait en arrière et entraînait la paroi postérieure de la vessie adhérente à sa face antérieure, déterminant ainsi la dépression révélée par le cystoscope. Lorsque la malade était dans la station debout, l'utérus se déplaçait en avant et, attirant fortement la paroi postérieure de la vessie, maintenait béant le sphincter vésico-urétral. Il se produisait alors quelque chose d'analogue à ce que Pawlick et Engström ont signalé consécutivement à l'opération de certaines fistules vésico-vaginales ; dans ces cas la cicatrice résultant de l'oblitération de la fistule forme une bride tendue qui maintient béant le canal de l'urèthre, ce qui détermine l'incontinence d'urine. L'hypothèse que je viens de formuler me paraissait s'accorder à merveille avec ce fait que l'incontinence apparut pour la première fois au moment de la puberté coïncidant avec l'apparition des règles, c'est-à-dire avec le moment où l'utérus prend un grand développement. Je pouvais ainsi m'expliquer que, au début de la maladie, lorsque l'incontinence n'était pas encore

complète, la perte des urines fut plus abondante et plus facile au moment des règles, alors que la congestion cataméniale augmentait le poids de l'organe. Le mécanisme que j'acceptais expliquait encore bien l'échec successif des traitements entrepris depuis longtemps.

Les raisons que je viens de vous exposer m'amènèrent à formuler ainsi mon diagnostic :

Incontinence diurne d'urine déterminée par une adhérence anormale de l'utérus à la vessie.

Vous comprenez bien qu'un pareil diagnostic devait m'amener à essayer de guérir la malade pour une intervention directe d'autant plus indiquée que l'opération que je concevais ne présentait aucune gravité ; il s'agissait simplement de décoller l'utérus de la vessie.

Le 20 octobre 1894 j'opérai cette malade. Je pratiquai sur la paroi antérieure du vagin une longue incision longitudinale qui, partant du col de l'utérus, aboutissait près de l'urèthre ; à la faveur de cette incision je pus décoller l'utérus de la vessie en me servant des doigts et parfois de petits coups de ciseaux ; je pris soin au cours de cette manœuvre délicate de diriger la pointe des ciseaux courbes du côté de l'utérus pour ne pas perforer la vessie. Ces deux organes, l'utérus et la vessie, adhéraient entre eux très fortement, mais j'arrivai à les séparer l'un de l'autre. Je fis ensuite en avant du col utérin, une petite incision transversale tombant en forme de T sur mon incision première dans le dessein de reconstituer, en partie du moins, le cul-de-sac antérieur et je bourrai à la gaze iodoformée l'espace inter-utéro-vésical. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade se leva pour la première fois le 5 octobre, c'est-à-dire 14 jours après l'opération et, dès ce jour, on put constater une amélioration dans son état : elle pouvait se tenir debout ou assise sans perdre ses urines, mais pendant la marche ou les efforts, l'incontinence existait encore. Je fis alors électriser le col par des courants faradiques et en trois séances toute incontinence disparut ; ma jeune malade pouvait garder son urine pendant trois ou quatre heures et elle sentait le besoin d'uriner.

Au mois d'octobre de cette année (1895), j'ai revu la malade qui reste parfaitement guérie ; elle n'a plus eu d'incontinence et peut

facilement retenir ses urines pendant cinq et six heures ; en outre, les règles autrefois douloureuses et irrégulières sont devenues normales.

J'ai de nouveau pratiqué le toucher vaginal et l'examen cystoscopique. Le cul-de-sac antérieur du vagin, quoique moins profond qu'il ne devrait être, existe maintenant. Au cystoscope on constate que le bas-fond vésical a disparu ; la vessie est parfaitement normale.

OBSERVATION VII.

D^r ALBARRAN, *Loc. cit.*

Une jeune fille vierge de 18 ans perdait ses urines pendant la nuit et durant la journée ; l'incontinence chez elle n'était pas complète puisque la malade sentait le besoin d'uriner et pouvait le satisfaire, pourtant la perte des urines, même pendant le repos, était assez abondante pour obliger cette jeune fille à être constamment garnie. Au moindre effort, l'urine s'écoulait plus abondamment. Instruit par le cas de notre malade de la salle Laugier, j'examinai soigneusement cette jeune fille et je constatai l'existence d'une cystocèle vaginale qui venait faire saillie au niveau de l'orifice semi-lunaire de l'hymen. Je pratiquai une colporraphie antérieure et je constatai pendant l'opération qu'au niveau de la cystocèle, la couche musculaire de la vessie et celle du vagin manquaient complètement ; les deux muqueuses étaient accolées l'une à l'autre.

CONCLUSIONS

I. — L'incontinence d'urine liée au prolapsus génital est un symptôme de début du prolapsus, comme la rétention en est le symptôme final.

II. — On l'observe principalement chez les femmes adultes ou âgées et surtout chez celles qui ont eu des enfants, ou dont les accouchements ont été laborieux.

III. — Cette incontinence est inconsciente, et peut être diurne, ou diurne et nocturne, ou seulement se produire pendant l'effort. Elle est spontanée et ne reconnaît d'autre facteur que le manque de résistance du périnée, qui provoque le prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

IV. — Les opérations qui auront donc pour but de supprimer le prolapsus de la paroi vaginale antérieure et de refaire le périnée seront les opérations de choix.

V. — La colporrhaphie antérieure et la périnéorrhaphie sont seules utiles pour le traitement de l'incontinence. Dans le cas où elles échoueraient il serait toujours temps de compléter par une opération sur l'urèthre. L'opération d'Albarran dans ce cas est l'opération de choix.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
